

入院時の情報提供に係る事前連絡票

_____(情報提供先の医療機関名) 御中

【 情報提供者 】

名 称

担 当 者

T E L

F A X

以下のとおり入院時の情報提供を行いますので、よろしくお願ひします。

※ この連絡票を確認した際は、電話にて確認した旨をご連絡いただくと助かります。

○ イニシャル : _____ 様 (T・S ____年 ____月 ____日生) について

○ 入院時の情報提供(在宅時の情報)について

- 入院時情報提供シートで提供します。
- 電話で提供します。 ※ 上記担当者まで連絡してください。

○ 情報提供シート以外の添付書類について

- 以下の書類を提出します。
 - 添付書類く _____)
 - その他〔 _____]

○ 情報提供の時期について

- すぐに提供できますので、提出先を教えてください。
- 準備が整い次第連絡します。

○ カンファレンスについて

- ぜひ参加します。 都合が合えば参加します。 参加できません。
- ※ 日程が決まったら、上記担当までお知らせください。

○ その他特記事項

- 金銭的な支援が必要だと判断される。

本人又は家族の判断能力に不安がある。

(特記事項)

提出日: _____ 年 月 日

退院時の情報提供に係る事前連絡票

(情報提供先の事業所名) _____ 御中

【 情報提供医療機関 】

名 称

担 当 者 職 種

氏 名

T E L

F A X

以下のとおり退院時の情報提供を行いますので、よろしくお願ひします。

※ この連絡票を確認した際は、電話にて確認した旨をご連絡いただくと助かります。

○ イニシャル : _____ 様 (T・S _____ 年 月 日生) について

○ カンファレンスについて

開催します。 ※カンファレンス予定日 _____ 年 月 日

開催しません。

○ 退院予定日について

決まっています。 _____ 年 月 日

まだ決まっていません。 ※ 退院日が決まる予定時期 _____ 頃

○ 退院時の情報提供について

退院時情報提供シートで提供します。

電話で提供します。 ※ 上記担当者まで連絡してください。

○ 情報提供シート以外の添付書類について

以下の書類を提出します。

添付書類〈 _____ 〉

その他〔 _____ 〕

○ 情報提供の時期について

すぐに提供できますので、日程調整の連絡を下さい。

準備が整い次第連絡します。

(カンファレンスがある場合)カンファレンスの際に提供します。

(特記事項)

入院時情報提供シート

【記入日】令和 年 月 日

 サービス基本台帳

事業所名				電話番号			
記入者				FAX番号			
被保険者番号	2600			入院日した日	令和 年 月 日		
フリガナ 本人氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			生年月日	年 月 日 (歳)		
住 所				電話 番号	自 宅		
					携 帯 等		
家族構成・状況	12-13	家族氏名	続柄	年齢	備考 (同居・別居、主介護者等)		
<input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 親族なし <input type="checkbox"/> 家族が無関心 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態 <input type="checkbox"/> 家族が認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()							
緊急連絡先	①	氏名			繋がり易い 電話番号		
		住所					
	②	氏名			繋がり易い 電話番号		
		住所					
キーパーソン	氏名			電話番号			
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 事業対象者 (認定日: 年 月 日)						
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			自己負担割合	() 割負担	
日常生活 自立度	障害高齢者	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ()			判定日	年 月 日	
	認知症高齢者	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ()			判定日	年 月 日	
障害認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 等級 ()】						
住居環境	<input type="checkbox"/> 所有 <input type="checkbox"/> 賃貸【 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階)】				住宅改修	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金【 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 障害関係 <input type="checkbox"/> その他の年金 ()】 <input type="checkbox"/> 特障手当 <input type="checkbox"/> 生活保護						
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他 ()						
現病名 現病歴				既往歴			
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【詳細 ()】 <input type="checkbox"/> 不明						
かかりつけ医 又は主治医	病院名				電話番号		
	診療科			医師名	受診頻度	回 / 月	
	病院名				電話番号		
	診療科			医師名	受診頻度	回 / 月	
服薬状況	内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		服薬管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	管理上の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		【処方内容】 例) 別紙にて、お薬手帳コピーを添付。など			
	飲み忘れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	眠剤の処方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					

※ 分かる範囲で記入してください。

特別な医療処置		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> その他（ ）			
身体状況	体格	身長（ ）cm／体重（ ）kg／BMI（ ）		<input type="checkbox"/> 入院中に2～3kg以上の体重減があった。	
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度（特記： ）			
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（特記： ）			
コミュニケーション	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 眼鏡（特記： ）			
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 補聴器（特記： ）			
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		特記：	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
ADL	移動状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		移動手段	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		入浴法	（ ）浴 <input type="checkbox"/> 清拭あり
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 尿意なし		排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 便意なし
	排泄方法	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ（ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ）			
食事	状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助
		食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		水分制限
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ムース <input type="checkbox"/> トロミあり <input type="checkbox"/> 経管（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		アナフィラキシーショック	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
	食事回数	回／日 【 <input type="checkbox"/> 朝（ ）時 <input type="checkbox"/> 昼（ ）時 <input type="checkbox"/> 夜（ ）時】 <input type="checkbox"/> 不定			
	食の確保	<input type="checkbox"/> 自炊 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 親族支援（ ） <input type="checkbox"/> ヘルパー（有償） <input type="checkbox"/> 知人・協力者 <input type="checkbox"/> なし			
口腔	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		口腔衛生	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		嗜好品	<input type="checkbox"/> 飲酒： 合/日 <input type="checkbox"/> 喫煙： 本/日
在宅での生活	掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⇒			
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⇒			
	買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⇒			
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⇒			
	睡眠状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良（ ）		睡眠時間	時間/日 <input type="checkbox"/> 不明
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
本人の生活歴 （ 出生地 家族状況 仕事など ）					
特記 （本人の意向等）					
現在利用中のサービス	サービス名		提供事業所名	利用日(曜日)	介保外
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
福祉用具貸与		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			

※ 分かる範囲で記入してください。

退院時情報提供シート

【記入日】令和 年 月 日

 変更あり 変更あり

事業所名		電話番号		
記入者		FAX番号		
被保険者番号	2600	入院日した日	令和 年 月 日	
フリガナ 本人氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日 (歳)	
住 所	電 話 番 号	自 宅		
		携 帯 等		
家族構成・状況	家族氏名	続柄	年齢	備考(同居・別居、主介護者等)
<input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 親族なし <input type="checkbox"/> 家族が無関心 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態 <input type="checkbox"/> 家族が認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()				
緊急連絡先	①	氏名	続柄	繋がり易い 電話番号
		住所		
	②	氏名	続柄	繋がり易い 電話番号
		住所		
キーパーソン	氏名	続柄	電話番号	
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 事業対象者(認定日: 年 月 日)			
	有効期間	年 月 日~	年 月 日	自己負担割合 () 割負担
日常生活 自立度	障害高齢者	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ()	判定日	年 月 日
	認知症高齢者	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ()	判定日	年 月 日
障害認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 等級 ()】			
住居環境	<input type="checkbox"/> 所有 <input type="checkbox"/> 賃貸【 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階)】		住宅改修	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金【 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 障害関係 <input type="checkbox"/> その他の年金 ()】 <input type="checkbox"/> 特障手当 <input type="checkbox"/> 生活保護			
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他 ()			
現病名 現病歴		既往歴		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【詳細 ()】 <input type="checkbox"/> 不明			
かかりつけ医 又は主治医	病院名		電話番号	
	診療科	医師名	受診頻度	回 / 月
	病院名		電話番号	
	診療科	医師名	受診頻度	回 / 月
服薬状況	内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	服薬管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()
	管理上の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	【処方内容】例)別紙にて、お薬手帳コピーを添付。など	
	飲み忘れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	眠剤の処方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

※ 分かる範囲で記入してください。入院時情報提供シートから変更がない項目の記入は不要です。

入院中の状況	身体状況	体格	身長()cm/体重()kg/BMI()		□入院中に2~3kg以上の体重減があった。			
		麻痺	□なし □あり【(入院前: 度)⇒(入院中: 度 □改善)⇒(退院時: 度 □改善)】					
		皮膚疾患	□なし □あり (詳細:)					
	コミュニケーション	視力	□問題なし □やや難あり □困難 □眼鏡			入院前との変化()		
		聴力	□問題なし □やや難あり □困難 □補聴器			入院前との変化()		
		言語	□問題なし □やや難あり □困難			入院前との変化()		
		意思疎通	□問題なし □やや難あり □困難			入院前との変化()		
	ADL	移動状態	□自立 □見守り □一部介助 □全介助		移動手段			
		更衣	□自立 □見守り □一部介助 □全介助		整容	□自立 □見守り □一部介助 □全介助		
		入浴	□自立 □見守り □一部介助 □全介助		入浴法	()浴 □清拭 □行わず		
	排泄	排尿	□自立 □一部介助 □全介助 □尿意あり		便意	□自立 □一部介助 □全介助 □便意あり		
		排泄方法	□おむつ □紙パンツ □パット □ケ-ル・パチ □ポータブルトイレ (□常時 □夜間のみ)					
	食事	状況	□自立 □見守り □一部介助() □全介助()					
			食事制限	□なし □あり()		水分制限	□なし □あり()	
		食の形態	□普通 □きざみ □ミキサー □ムース □トロミあり □経管() □その他()					
口腔	義歯	□なし □あり()		口腔衛生	□良 □不良 □著しく不良 □口臭 □なし □あり			
	嚥下障害	□なし □時々むせる □常にむせる		嗜好品	□飲酒: 合/日 □喫煙: 本/日			
	睡眠状態	□良好 □不良()		睡眠時間	時間/日 □不明()			
	精神面での問題	□なし □あり()						
本人や家族の受け止め/意向			病気		障害・後遺症		病名告知	
	本人の受け止め方						□なし □あり	
	家族の受け止め方						□なし □あり	
	退院後の生活	本人の意向			阻害要因			
家族の意向				阻害要因				
退院後に必要な事柄	特別な医療処置	□なし □点滴 □酸素療養 □喀痰吸引 □気管切開 □尿道ケ-ル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □その他()						
	看護の視点	□なし □あり						
	リハビリの視点	□なし □あり						
	禁忌事項	□なし □あり		禁忌の内容/留意点				
	特記事項							
症状・病状の予後予測								

※ 分かる範囲で記入してください。入院時情報提供シートから変更がない項目の記入は不要です。

